

Clinique de la douleur de L'Hôpital d'Ottawa (l'Hôpital) Renseignements relatifs à une demande de consultation et aperçu du programme

Formulaire de demande de consultation externe pour la clinique de la douleur

La Clinique de la douleur de L'Hôpital d'Ottawa
1550-501, chemin Smyth, Ottawa (Ontario) K1H 8L6
T: 613-737-8949 | F: 613-739-6296

Aperçu du programme

La Clinique de la douleur l'Hôpital est un programme universitaire complet et interdisciplinaire sur la douleur. Notre approche interprofessionnelle tient compte de tous les facteurs qui influent sur la perception qu'a un patient de la douleur. Le plan de soins d'un patient peut faire appel à plusieurs spécialistes et membres de l'équipe, ce qui garantit les stratégies les plus efficaces pour réduire la douleur chronique et améliorer le fonctionnement. Voici les principes clés de notre programme:

- **Modèle interdisciplinaire et soins par paliers:** Les demandes de consultation de patients seront examinées, triées et recommandées aux fournisseurs les plus appropriés tout au long de leur séjour à la clinique – y compris les spécialistes et médecins du Programme de médecine de la douleur, les résidents et collègues médecins, les étudiants en médecine, une infirmière praticienne, les infirmières, les technologues en radiologie médicale, les psychologues, les physiothérapeutes, un ergothérapeute et une travailleuse sociale – en fonction des besoins, des préférences, des buts et de la préparation.
- **Modèle consultatif:** La Clinique de la douleur ne fournit pas de soins longitudinaux. Tous les patients doivent avoir un fournisseur de soins primaires qui assumera la responsabilité du suivi régulier et de la mise en œuvre des recommandations de traitement, y compris la pharmacothérapie.
- **Orientation obligatoire:** Tous les patients acceptés doivent assister à une séance de formation et de ressources sur la douleur avant de consulter un médecin du Programme de médecine de la douleur. Les demandes de consultation seront fermées si cette étape n'est pas terminée. Veuillez indiquer tout obstacle à la présence lors de la demande de consultation.

Exigences relatives à la demande de consultation et à l'admissibilité :

- Les demandes de consultation peuvent être envoyées au moyen d'Épic, et les demandes de consultation électroniques au moyen d'OCEAN ou par télécopieur.
- Les demandes de consultation doivent porter sur une zone de douleur principale (exception : douleur généralisée ou diffuse). Des demandes de consultation et des bilans distincts sont nécessaires pour des problèmes de douleur supplémentaires et distincts.
- Les demandes de consultation incomplètes seront fermées – tous les champs sont obligatoires. En raison des volumes élevés, nous ne pouvons pas rouvrir les demandes de consultation incomplètes.
- Pour des raisons de sécurité du patient et de coordination des soins, les interventions procédurales provenant d'autres cliniques ou départements de la douleur pour la même zone de préoccupation ne sont pas permises tant que le patient est sous nos soins.

Critères d'inclusion (tous doivent s'appliquer)	Critères d'exclusion
• Le bilan requis est terminé au moment de la demande de consultation. • Le patient ne répond pas à la thérapie traditionnelle ou aux approches de gestion de la douleur. Les demandes de consultation doivent démontrer une gestion préalable appropriée (c.-à-d. essais médicamenteux, physiothérapie, etc.). • Le fournisseur de soins primaires a signé les modalités de l'entente. Si vous n'êtes pas le fournisseur de soins primaires, veuillez-vous assurer que la signature du fournisseur de soins primaires est obtenue et incluse avec la demande de consultation. • Le patient est âgé de 18 ans ou plus (exceptions prises en compte). • Le patient ou l'aidant accepte d'assister à une séance d'orientation d'une heure sur les informations et les ressources relatives à la douleur.	• Demande de consultation active ou soins dans un autre programme de douleur ou par un spécialiste/ intervenant de la douleur. • Réside à l'extérieur de l'Ontario (exceptions: Nunavut et Akwesasne). • S'attend à des soins longitudinaux. • Les patients ayant épuisé toutes les modalités de traitement, là où les informations fournies nous permettent de conclure qu'il n'y a rien d'autre à offrir. • Demandes de consultation uniquement pour ce qui suit : infiltration de point gâchette, perfusion intraveineuse, prescription/renouvellement/ réduction progressive d'opioïdes, ou la prise en charge d'ordonnances. Les plans de traitement sont déterminés à la discrétion du médecin.

Ressources

- Pour plus d'informations sur les services offerts, veuillez visiter notre site Web : [L'Hôpital d'Ottawa | Clinique de la douleur](#)
- Nous encourageons fortement les patients à tirer parti des ressources d'éducation et d'autogestion qui leur sont offertes au moyen du Portail Surmonter sa douleur

Nous vous sommes reconnaissants de votre demande de consultation et avons hâte de collaborer avec vous dans le cadre des soins partagés de votre patient.

Tous les champs de la demande de consultation sont obligatoires. Toute demande de consultation incomplète sera retournée.

Renseignements du patient

Nom légal: _____ Nom : _____
Date de naissance (jj/mm/aa): _____ Sexe: _____ Pronoms: ☐ Il/lui ☐ Elle ☐ Le/la ☐ : _____
Numéro de carte d'assurance-santé: _____ Code de version: _____ Adresse: _____
Téléphone: _____ Autre numéro de téléphone: _____ Courriel: _____
Langue principale: ☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre: _____

Information sur le fournisseur de soins primaires

Tous les patients ont besoin qu'un fournisseur de soins primaires assume les soins de suivi et les recommandations. Consultez les modalités de l'entente.

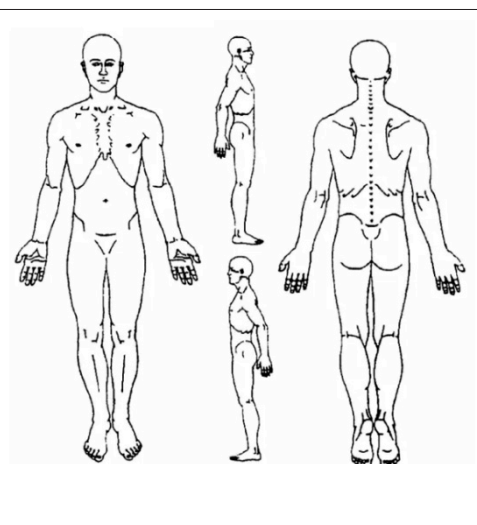
Nom: _____ Adresse: _____
Téléphone: _____ Télécopieur: _____ Numéro de facturation: _____

Motif de la demande de consultation

☐ Nouvelle demande de consultation ☐ Demande de réconsultation: ☐ Même zone de douleur ☐ Nouvelle zone de douleur

Remarque: Un seul site de douleur à traiter par demande de consultation, sauf si c'est généralisé ou diffus.

a. Diagramme de la douleur corporelle – Marquez la source principale de douleur avec un « X » sur le schéma et sélectionnez le lieu de douleur primaire le plus approprié ci-dessous :

	☐ Axial ☐ Cervicale ☐ radiculopathie* ☐ Thoracique ☐ radiculopathie* ☐ Lombaire ☐ radiculopathie*	☐ Poitrine
	☐ Abdominale/pelvienne – non-gyné	☐ Visage
	☐ Abdominale/pelvienne – gyné ☐ Dysménorrhée ☐ Endométriose ☐ Syndrome de la vessie douloureuse ☐ Syndrome du colôn irritable ☐ Vulvodynie ☐ Myofasciale de la paroi abdominale ☐ Myofasciale pelvienne/ vaginisme	☐ Tête
		☐ Extrémités ☐ Supérieur ☐ D ☐ G ☐ Bilatéral ☐ Inférieur ☐ D ☐ G ☐ Bilatéral
		☐ Douleur répandue/diffuse

*Si des symptômes radiculaires sont présents, les champs suivants sont obligatoires :

- Apparition des symptômes radiculaires: ☐ < 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ > 6 mois
- Dermatomes **uniques** au niveau de la colonne vertébrale (p. ex. L5): _____
- Membres inférieurs:
 - Élévation de jambe tendue: ☐ Négatif ☐ Positif
 - Pour L4, L5, S1 – la douleur irradie-t-elle au-delà du genou? ☐ Oui ☐ Non
- Membres supérieurs:
 - Signe du test de Spurling: ☐ Positif ☐ Négatif
 - d) Pour C6, C7, C8 – la douleur irradie-t-elle aux doigts? ☐ Oui ☐ Non

b. Examen physique ciblé – Décrivez les résultats objectifs de l'examen physique ciblé de la zone touchée.

c. Durée de la douleur: ☐ < 3 mois ☐ 3 à 6 mois ☐ 6 à 12 mois ☐ > 12 mois

Motif de la demande de consultation (suite)

d. Sélectionnez tout ce qui s'applique (* obligatoire) : *Si SDRC, effectuer les critères de Budapest)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ Douleur complexe causée par le cancer | ☐ Transition pédiatrique au CHEO | ☐ Revascularisation | ☐ Anémie falciforme |
| ☐ Palliatif (*Espérance de vie: _____) | ☐ Enceinte (*DPA: _____) | ☐ Radiculopathie | ☐ *Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) |

e. Renseignements supplémentaires – incluez l'apparition de la douleur, l'événement déclencheur, une description précise de l'emplacement de la douleur, le type et l'étiologie présumée.

f. Incidence de la douleur sur le patient :

- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ Affecte l'humeur | ☐ Perturbe le sommeil:
☐ S'endormir
☐ Maintenir le sommeil | ☐ Limite les interactions sociales
☐ Impacts sur la mobilité | ☐ Impacts sur les relations
☐ Affecte l'AVQ ou les soins personnels |
|---|---|---|--|

g. Attentes par rapport à cette demande de consultation – Quel est le but ou le résultat attendu de la demande de consultation? Quel résultat fonctionnel le patient espère-t-il atteindre (par exemple, augmentation de la mobilité, retour au travail, amélioration de la vie quotidienne)?

h. Le patient a-t-il été recommandé pour consultation à un autre spécialiste de la douleur, à une clinique ou pour un traitement interventionnel? ☐ Oui ☐ Non

i. Le patient qui fait l'objet de la recommandation fait-il partie d'une demande de consultation du programme eConsult? ☐ Oui (formulaire du programme eConsult ci-joint) ☐ Non

Douleur et antécédents médicaux

a. Interaction actuelle ou antérieure avec un autre spécialiste de la douleur ou un autre fournisseur de soins interventionnels? ☐ Oui, Actif ☐ Oui, Historiquement ☐ Non

Nom du fournisseur ou de la clinique: _____ ☐ Antécédents de traitement ci-joint

b. Thérapies/interventions mises à l'essai à ce jour Indiquez des détails liés à la pharmacothérapie, au traitement interventionnel, aux interventions physiques et psychosociales, à l'éducation sur la douleur ou aux programmes communautaires de gestion de la douleur chronique.

c. Antécédents en santé mentale ☐ Oui (rapports ci-joints) ☐ Non

☐ Diagnostics en matière de santé mentale ☐ Consommation actuelle ou historique de consommation de substances
☐ Ature: _____

d. Besoins du patient (sélectionnez ceux qui s'appliquent et décrivez-les) ☐ Oui ☐ Non

☐ Handicap ☐ Communication/ compréhension ☐ Obstacles aux soins en personne ou virtuels
☐ Animal d'assistance ☐ Autre

Décrire: _____

Autres considérations relatives au patient (sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent et expliquez)

- ☐ Le patient sait qu'il peut être vu par n'importe quel médecin ou membre de notre équipe interdisciplinaire.
- ☐ Le patient accepte de participer à l'éducation sur la douleur et aux stratégies d'autogestion, s'il ne s'agit pas d'un candidat interventionnel.
- ☐ Le patient est au courant de cette demande de consultation et y consent.

Imagerie, évaluations et consultations (L'imagerie doit être à jour, et ce, au cours des 24 derniers mois)

a. LISTE DE VÉRIFICATION – Les éléments suivants doivent être inclus et complets au moment de la soumission

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Liste complète des médicaments | ☐ Anamnèse détaillée de la douleur | ☐ Consultations concernant la douleur, bilans, imagerie |
| ☐ Antécédents médicaux (y compris les allergies) | ☐ Antécédents en matière de santé mentale | ☐ Modalités de l'entente signée avec le fournisseur |

Les demandes de consultation doivent démontrer une prise en charge préalable appropriée (p. ex. essais médicamenteux, physiothérapie ou autres interventions pertinentes) et un bilan. Les demandes de consultation sans gestion préalable peuvent être redirigées vers la consultation électronique, le cas échéant.

Modalités de l'entente pour le fournisseur qui effectue la demande de consultation

La Clinique de la douleur de L'Hôpital d'Ottawa (la Clinique) est une clinique universitaire interdisciplinaire de soins tertiaires spécialisée dans l'évaluation et la gestion de la douleur chronique. L'équipe de la Clinique comprend des spécialistes du Programme de médecine de la douleur, et d'autres médecins, des résidents et collègues médecins, des étudiants en médecine, une infirmière praticienne, des infirmières, des technologues en radiologie médicale, des psychologues, des physiothérapeutes, un ergothérapeute et une travailleuse sociale. La Clinique propose une approche interprofessionnelle axée sur le patient qui met l'accent sur l'éducation, l'autogestion et l'amélioration de la qualité de vie.

La Clinique de la douleur fonctionne comme un service de consultation et ne fournit pas de soins longitudinaux ni de gestion continue des médicaments. Les demandes de consultation relatives à la pharmacothérapie peuvent être communiquées au fournisseur qui effectue la demande de consultation; toutefois, la responsabilité de la gestion médicale continue demeure celle du fournisseur de soins primaires du patient. Une collaboration et un échange d'information soutenus avec le fournisseur qui effectue la demande de consultation sont essentiels pour assurer la continuité et la coordination des soins.

Afin d'appuyer un triage approprié et la continuité des soins, **les conditions suivantes doivent être examinées et acceptées par le fournisseur de soins primaires du patient, ou par le fournisseur qui effectue la demande de consultation qui est disposé à assumer cette responsabilité.** Les demandes de consultation qui ne répondent pas à ces critères ou qui sont incomplètes seront retournées.

Accusé de réception du fournisseur qui effectue la demande de consultation :

En soumettant cette demande de consultation, je reconnais et accepte ce qui suit :

- Je confirme que tous les champs de la demande de consultation et les évaluations ont été remplis. Je comprends que les demandes de consultation incomplètes seront retournées. Les demandes de consultation retournées pour lesquelles il manque des renseignements devront être soumises de nouveau.
- Je comprends qu'une consultation électronique avec un médecin spécialisé du Programme de médecine de la douleur pourrait être offerte comme intervention initiale la plus appropriée pour mon patient.
- Je comprends que la Clinique de la douleur est un service consultatif de soins tertiaires. Les fournisseurs de soins de la Clinique de la douleur peuvent amorcer une évaluation, un traitement ou des recommandations; toutefois, les patients sont généralement renvoyés aux soins primaires pour une prise en charge continue dans les 12 à 24 mois.
- Je reconnais que le fournisseur de soins primaires est censé être le seul prescripteur de toute pharmacothérapie recommandée par la Clinique de la douleur. Si le fournisseur de soins primaires du patient ne consent pas à la référence ou n'en est pas informé, le professionnel référent accepte de mettre en œuvre les recommandations de la Clinique.
- Je confirme que mon patient a été informé du modèle de soins interdisciplinaire de la Clinique de la douleur et qu'il comprend qu'il peut être évalué ou traité par n'importe quel membre de l'équipe, y compris un spécialiste du Programme de médecine de la douleur, ou un autre médecin, un résident et d'autres médecins, une infirmière praticienne, des infirmières, des psychologues, des physiothérapeutes, un ergothérapeute ou une travailleuse sociale.
- Je confirme que mon patient n'est pas actuellement suivi ou ne fait pas l'objet d'une recommandation à une autre clinique de la douleur ou à un autre fournisseur d'intervention pour la même préoccupation liée à la douleur.

☐ J'accepte les modalités décrites ci-dessus.

Nom du fournisseur (en caractères d'imprimerie) : _____

Signature du fournisseur : _____

Date : _____

Guide relatif aux demandes de consultation pour les problèmes de douleur courants (liste non exhaustive)			
Maladie	Bilan obligatoire	Notes	Ci-jointes
Abdominale	Échographie abdominale, tomomodensitométrie ou IRM	À privilégier : consultation gastro-entérologique/ chirurgie générale.	☐
SDRC	- Critères diagnostiques de Budapest remplis (se reporter à l'annexe) - Causes aiguës et chroniques de douleurs aux membres, d'enflure et de dysesthésie déterminées	Documentez de façon claire les zones de douleur sur le diagramme de douleur corporelle	☐
Douleur radiculaire au dos (cervicale, thoracique, lombaire)	- Imagerie avancée (TDM/IRM) après l'apparition des symptômes - Un dermatome particulier et unique doit être défini (se reporter à la page 2) - Douleur cervicale – EMG/TCN; de préférence : consultation concernant la colonne vertébrale ou en physiothérapie - Thoracique – TDM/IRM, radiographie thoracique – doit faire l'objet d'un bilan complet avec l'étiologie déterminée	- Documentez de façon claire les zones de douleur sur le diagramme de douleur corporelle - Présentations de radiculopathie aiguë acceptées à la clinique de radiculopathie aiguë – voie limitée (~3 à 4 visites).	☐
Visage	- Imagerie avancée (TDM/IRM) - Consultation en neurologie ou en neurochirurgie		☐
Maux de tête	- Maux de tête : imagerie avancée (TDM/IRM) - Consultation en neurologie, lorsque cela est applicable - Commotion cérébrale associée : exiger une évaluation de la commotion (exclusion : traumatisme crânien dans les 3 à 6 mois)		
Extrémités	Poignet/main, épaule/bras, cheville/pied – radiographie, échographie ou IRM; EMG en cas de symptômes neuropathiques Genou – Radiographie; IRM (si les résultats de la radiographie sont normaux) Hanche/Jambe – Radiographie; IRM (si les résultats de la radiographie sont normaux); EMG en cas de symptômes neuropathiques	Consultations spécialisées appropriées selon les indications.	☐
Douleur diffuse/répendue (à plusieurs endroits) - fibromyalgie - hypermobilité/syndromes d'Ehlers-Danlos - fatigue chronique - arthrose articulaire multiple - maladies auto-immunes	Laboratoires: - TSH, T3 libre, T4; B-12, formule sanguine complète, ferritine - ACAN, VS, CRP, CK Autre: - À privilégier : ECG à 12 dérivations (état cardiaque) - Consultation en rhumatologie, si les analyses révèlent des signes de maladie inflammatoire (non requise pour la fibromyalgie)	Consultation de l'infirmière praticienne + voie d'autogestion	☐
Douleurs pelviennes gynécologiques	Échographie gynécologique pelvienne ± transvaginale	- En attendant l'évaluation, prenez en compte les éléments suivants : - Stratégies hormonales de suppression menstruelle pour les menstruations douloureuses. - Physiothérapie pelvienne.	☐
Douleur pelvienne non gynécologique (c.-à-d. syndrome de la vessie douloureuse, cystite interstitielle).	- Consultation en urologie - Échographie abdominale/pelvienne		☐
Douleur post-chirurgicale/post-traumatique	- Imagerie avancée après l'apparition/changement des symptômes - Rapports chirurgicaux/spécialisés applicables		☐

Annexe

Critères de Budapest pour le syndrome douloureux régional complexe (SDRC)

Pour établir un diagnostic clinique, les critères suivants doivent être remplis :

- ☐ Douleur persistante, disproportionnée par rapport à tout événement déclencheur.
- ☐ Doit présenter au moins un symptôme dans chacune des quatre catégories suivantes :
 - Sensoriel – rapports d’hyperesthésie ou d’allodynie
 - Vasomoteur – production de rapports faisant état d’une asymétrie de température ou de changements de couleur de la peau ou d’une asymétrie de la couleur de la peau
 - Sudomoteur/œdème – cas signalés d’œdème ou de modifications de la transpiration ou d’asymétrie de la transpiration
 - Moteur/trophique – signalements d’une diminution de l’amplitude des mouvements ou d’un dysfonctionnement moteur (faiblesse, tremblements, dystonie) ou de modifications trophiques (cheveux, ongles, peau).
- ☐ Au moment de l’évaluation, au moins **un des signes suivants** doit être présent dans au moins deux des catégories suivantes :
 - Sensoriel – donnée probante montrant l’hyperalgésie (à la piqûre) ou d’allodynie (à la sensation légère du toucher ou de la température ou de la pression somatique profonde ou des mouvements articulaires).
 - Vasomoteur – signe d’asymétrie de température ($> 1\text{ }^{\circ}\text{C}$) ou de changements de couleur de la peau ou d’asymétrie.
 - Sudomoteur/œdème – signe d’œdème ou de changements de transpiration ou d’asymétrie de transpiration.
 - Moteur/trophique – signe de diminution de l’amplitude des mouvements ou de dysfonctionnement moteur (faiblesse, tremblements, dystonie) ou de changements trophiques (cheveux, ongles, peau).
- ☐ Aucun autre diagnostic ne permet de mieux expliquer les signes et symptômes.